Em. v. Sivinarsk

Diss. Breslau

1900.

Aus der gynäkologischen Abteilung des Krankenhauses der Elisabethinerinnen zu Breslau (Prof. Dr. Pfannenstiel).

Beitrag zur Kenntnis der Geschwulstbildungen der Genitalien bei Pseudohermaphroditen.

Inaugural-Dissertation,

welche

nebst den beigefügten Thesen

mit Genehmigung der

Medizinischen Fakultät der Königl. Universität Breslau

zur

Erlangung der Doktorwürde

in der

Medizin, Chirurgie und Geburtshülfe

Freitag, den 19. October 1900, nachmittags 1½ Uhr

in der Aula Leopoldina

öffentlich verteidigen wird

Emil v. Swinarski,
approb. Arzt.

ACAD. MED. BAT. BIBL.

Opponenten:

Dr. med. T. v. Dembinski, Spezialarzt für Ohrenkrankheiten.
Dr. med. W. v. Zaremba.

Breslau 1900.
Druck der Breslauer Genossenschafts-Buchdruckerei, E. G. m. b. H.

Auf Antrag des Referenten Herrn Geheimen Med.-Rat Prof. Dr. Küstner zum Druck genehmigt.

Uhthoff, Dekan.

Meinen teuren Eltern

in kindlicher Liebe

gewidmet.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41546309_0082

Die entwicklungsgeschichtlichen Anomalien, die zu dem sogenannten Pseudohermaphroditismus führen, kommen weit häufiger vor, als man es auf den ersten Blick denken sollte. So schreibt zum Beispiel Fritsch in seinem Werke „Gerichtliche Geburtshilfe", dass er alljährlich in die Lage kam, ein zweifelhaftes Geschlecht zu bestimmen. Fr. Neugebauer, der sich speciell der Sache gemidmet hat, hat nicht weniger als 672 Fälle aus der Litteratur zusammengestellt. Und man könnte nun glauben, dass in Anbetracht dieser reichhaltigen Kasuistik und des heutigen Standes der Wissenschaft, die Erkenntnis des wahren Geschlechtes eines Pseudohermaphroditen keine Schwierigkeiten darbieten könnte. Fritsch sagt zwar, dass, zumal bei kleinen Kindern, durch eine eingehende und gewissenhafte Untersuchung eine sichere Entscheidung möglich sei, jedoch wenn man die betreffende Litteratur durchsieht, so gewinnt man doch den Eindruck, dass in manchen Fällen, und gerade bei kleinen Kindern, auch nach der sorgfältigsten Untersuchung die Entscheidung des Geschlechts geradezu unmöglich ist. Irrtümer sind in dieser Hinsicht stets begangen worden und werden auch späterhin stattfinden.

Es ist zum Verständnis der Entwicklungsfehler der äusseren Genitalien dringend notwendig, dass man sich an den Entwicklungsgang, wie er normaler Weise vor sich geht, erinnere.

Nach Kussmaul und Nagel entwickelt sich um die 6. Woche des embryonalen Lebens an der Stelle, welche später den äusseren Genitalien entspricht, ein Höcker, der Geschlechtshöcker, und dicht unterhalb und neben demselben auf jeder Seite ein Wulst. In der 8. Woche zeigt sich am unteren Rande des Geschlechtshöckers eine Furche, die Geschlechtsfurche, welche eine allmählich sich mehr und mehr vertiefende Einstülpung bildet und schliesslich die nach aussen mündende Öffnung für die Kloake, die Vereinigungsstelle der Allantois mit dem Darm bildet. Aus dem Geschlechtshöcker wird schliesslich die Clitoris. Die scharfen Ränder der Geschlechtsfurche bilden sich zu den lappigen kleinen Schamlippen aus und nach obenhin sich weiter erstreckend zu dem Praeputium Clitoridis. Die Geschlechtswülste, welche den Charakter der äusseren Haut annehmen, entwickeln sich zu den grossen Schamlippen. Inzwischen hat auch die Trennung zwischen dem Darm und der Allantois (dem oberen Teil, welcher Blase geworden ist) stattgefunden und zwar der Art, dass sich von innen her diejenige Gewebsmasse, welche zwischen dem Darm und den in die hintere Wand der Allantois mündenden Müller'schen Kanälen gelegen ist, allmählich herabsenkt und nach unten und aussen vorwuchert. Diese Wucherung bildet schliesslich die Scheidewand zwischen dem Urogenital-Apparat und dem Darm, die Rectovaginalwand, wobei gleichzeitig auch an der Seitenwand der Kloake Falten entstehen und sich mit ihr vereinigen. So bildet sich eine dünne Haut aus, welche den After von dem Eingang zum Sinus urogenitalis abschliesst. Indem dasselbe sich bis zum Ende des embryonalen Lebens verdickt, drängt es die beiden Öffnungen schliesslich weit auseinander und bildet zwischen ihnen den sogenannten Damm. Je mehr aber die Zwischenwand herabrückt, zieht sie das untere Ende der Müller'schen Kanäle (Scheide) mit sich herab. Dadurch wird der Sinus urogenitalis mehr und mehr eingeengt und persistiert schliesslich nur noch in dem engen Kanale, welcher zur Urethra wird, während die

Allantois zur Blase, das unterste äusserste Ende des Sinus urogenitalis zum Vestibulum wird, also zu dem Raume, welcher gleichzeitig in die Vagina — hinten — und in die Urethra — vorn — führt.

Störungen in der kurzerwähnten Entwicklung geben die Fälle von Atresie und Hypospadie, und letztere ist es, welche gewöhnlich von einer recht erheblichen Vergrösserung der Clitoris begleitet wird. Dieselbe ähnelt bei ihrer Länge und Dicke dem Penis eines Knaben, nur ist das Praeputium zu kurz, gleicht einem Praeputium nach Circumcision; die Glans liegt teilweise bloss und ist nicht perforiert. Dabei zeigen die vereinigten grossen Schamlippen, welche faltig von beiden Seiten her gegen die kleine Öffnung des Sinus urogenitalis hinaufgezogen sind und in der Mittellinie sich in einer Art Raphe treffen, Ähnlichkeit mit einem Scrotum, sodass die äusseren Genitalien den Charakter teilweise des männlichen und teilweise des weiblichen Geschlechts, nur nach beiden Richtungen in verjüngtem Masse, darbieten. Wir haben mithin die Missbildungen vor uns, welche als Hermaphroditismus bezeichnet werden.

Alle Hermaphroditen (Zwitter) zeigen in betreff der Entwicklung der äusseren Genitalien fast übereinstimmend die Gestaltungen und Formen, welche ich soeben beschrieben habe. Sie betreffen teils eine mehr oder weniger ausgesprochene, der Scrotolbildung gleichende Runzelung und Faltung der grossen Labien nach dem Sinus urogenitalis und der Raphe hin, teils die Mündung der Genitalöffnung, welche bald mehr an der Wurzel der vergrösserten Clitoris, bald im Verlaufe des unteren Randes derselben bis gegen die Glans hin gelegen ist und somit eine Art Urethra virilis mit teilweiser Hypospadie darstellt, teils die Länge und den Umfang der vergrösserten Clitoris; und von dem Masse der Ausprägung dieser Abweichungen pflegt es bei einem Neugeborenen abhängig zu sein, ob dasselbe dem männlichen oder dem weiblichen Geschlechte zugezählt wird.

Zu dieser Zwitterbildung der äusseren Genitalien steht aber die Entwicklung der inneren Genitalien in einem sehr verschiedenen Verhältnisse. Eine wahre echte Zwitterbildung kann nur da als existierend angenommen werden, wo aus dem Wolff'schen Körper sich gleichzeitig sowohl die weiblichen als die männlichen Geschlechtsdrüsen — Ovarien und Hoden — entwickelt haben, Hermaphroditismus verus.

Gewöhnlich jedoch sind die inneren Genitalien nach einer bestimmten Geschlechtsrichtung hin durchaus überwiegend, ja nicht selten eingeschlechtlich ganz normal entwickelt, Pseudohermaphroditismus. Und zwar unterscheidet man da einen Pseudohermaphroditismus masculinus oder femininus, externus oder internus, und zwar bezeichnet das erste Epitheton also masculinus resp. femininus das eigentliche Geschlecht des betreffenden Individuums, und externus resp. internus deutet darauf hin, ob die inneren oder äusseren Genitalien vom regelmässigen Bau abweichen.

Der Pseudohermaphroditismus femininus externus ist im allgemeinen der häufigste und bietet alle Abstufungen von der einfachen Vergrösserung der Clitoris mit gleichzeitiger Enge des Vaginalintroitus bis zu den Gestaltsveränderungen der äusseren Genitalien, wie sie in den Fällen von Berthold und Meyer beschrieben und in dem bekannten Falle Hohmann gefunden wurden. Dass auch in den leichteren Graden dieser Missbildung Verwechselungen in der Bestimmung des Geschlechtes vorkommen können, beweist eine von Casp. Bauhin berichtete Geschichte eines Mönches, dessen wahres Geschlecht erst infolge eingetretener Gravidität entdeckt wurde.

Für die Diagnose aller Fälle von Hermaphroditismus kann die Erscheinung der äusseren Genitalien, die einfache Inspection der Teile allein keinen Massstab abgeben, wie die sehr zahlreichen Irrtümer, welche bei Neugeborenen in betreff der Geschlechtsbestimmung getroffen wurden, genügend beweisen. Eine genauere äussere und innere Untersuchung kann dagegen oft eine exacte Diagnose liefern.

Deshalb suche man in den Teilen, welche Scrotum resp. Labia maiora darstellen, nach Testikeln. Man darf aber nicht aus dem Auge lassen, dass die Ovarien durch Inguinalhernien in die Labien gelangen und dadurch die Anwesenheit von Hoden vorspiegeln können. Man versäume nicht, vom Rectum aus zu untersuchen, um sich über die An- oder Abwesenheit von Uterus und Ovarien zu informieren, was bei weiblichen Hermaphroditen leichter als in den Fällen normaler Entwicklung zu erreichen ist, weil der Uterus, wenn vorhanden, auf einer kurzen Vagina zu sitzen pflegt. Als mitentscheidend für die Bestimmung des Geschlechts könnte man heranziehen: die geschlechtlichen Neigungen des Individuums, die etwaige Anwesenheit einer Menstruation oder von Samenabsonderungen, Vorhandensein der Brüste, die Entwicklung derselben, die Form des Beckens, Entwicklung des Haarwuchses, Bildung des Kehlkopfes und der Stimme. Aber zuverlässig sind alle diese Zeichen für die Entscheidung über das Geschlecht nicht. Die meisten dieser Form- und Entwicklungsfehler sind von keinen hervorstehenden Symptomen und Beschwerden begleitet und machen sich in ihrer Bedeutung gewöhnlich erst geltend im geschlechtsreifen Alter, sei es wegen Molimina menstruali, sei es, wenn es zu Cohabitationen, zum Partus, oder zu einer Neubildung der Genitalien kommt.

Und gerade die letzteren sind es, denen ich in meiner Arbeit eine specielle Aufmerksamkeit widmen will, im Anschluss an einen Fall, der mir von Prof. Dr. Pfannenstiel gütigst zur Verfügung gestellt wurde und bereits von Prof. Dr. Pfannenstiel in seiner Arbeit über Erkrankungen der Ovarien in Veits Handbuch kurz erwähnt wurde.

Bei den nun in der Litteratur gefundenen und demnächst aufzuzählenden Fällen werde ich mich mit der Beschreibung des äusseren Aussehens der betreffenden Pseudohermaphroditen möglichst kurz fassen, da sie alle das durchschnittliche Bild einer solchen Bildungsanomalie darstellen, und mich specieller auf den inneren und pathologisch-anatomischen Befund einlassen.

Fall I. Gunckel.

Gunckel beschreibt einen Fall von einem jungen Mädchen, welches sub pubertate geschlechtlichen Hang zu Frauen verrät. Infolge einer Denunciation wegen Incestes wurde dieses Mädchen einer gerichtlichen Untersuchung unterworfen und wurde als Mann erklärt angesichts des Vorwiegens männlicher Geschlechtsattribute: Penis, Scrotum allerdings leer, Bart. Ein Decret der Regierung gestattete jedoch der Person nach wie vor weibliche Kleidung zu tragen. Sie starb mit 50 Jahren und die Section constatierte eine „Erreur de sexe“. Trotz der anscheinend männlichen äusseren Genitalien fand man in der Bauchhöhle zwei Eierstöcke, einen myomatösen Uterus mit Tuben und Bändern; die nach unten zu sich immer mehr verengernde Scheide mündete in den Colliculus seminalis einer männlichen Harnröhre. Die aussere Öffnung der Harnröhre lag nicht da, wo sie beim Manne liegen soll, sondern $2^1/_2$ cm mehr nach hinten, es lag also ein gewisser Grad von Hypospadie dieses scheinbar männlichen Gliedes vor. Der nicht vereinte Teil der Harnröhrenwandungen bildete eine Art Rinne an der unteren Fläche der Glans und des Gliedes. Es handelte sich also doch um ein weibliches Individuum, und zwar mit homosexuellen Empfindungen, wie dies bei Scheinzwittern oft beobachtet wurde, wahrscheinlich ein suggestives Ergebnis der Erziehung.

Fall 2. Blom.

Ein 49jähriges Fräulein mit äusseren Geschlechtsteilen die aussehen, wie diejenigen eines männlichen Scheinzwitters, Hypospaden. Zwischen dem 30. und 40. Lebensjahre hatte diese Person im ganzen 5mal eine Blutung aus der Vulva bemerkt, niemals jedoch irgend welche Molimina menstrualia. Vor 6 Wochen bemerkt sie zuerst eine Geschwulst im Unterleibe, die in letzter Zeit rapid wächst. Kehlkopf, Stimme, Brüste, Behaarung des Gesichtes und der Pubo-Analgegend männlich. Keine Spur eines Hymens an der Scheidenmündung. Die 8 cm lange

Scheide ist so eng, dass sie kaum eine feine Sonde einlässt. Keine Spur einer Raphe auf dem Damme. Howitz stellte die Diagnose auf Fibromyom des Uterus, machte den Bauchschnitt und amputierte den Uterus mit externer Stilbehandlung. Der Tumor hatte die Grösse einer reifen Cocosnuss. Tod am 5. Tage infolge Embolie der Lungenarterie. An dem amputierten Uterusstück fand man nur die linke Tube, und zwar ohne Fimbrien. Zwei kleine, mandelförmige Gebilde wurden für die Ovarien gehalten. Auf der vorderen Scheidenwand fand man die Einmündungen der beiden Gartner'schen Gänge. In den Ovarien konnten mikroskopisch keine Follikel nachgewiesen werden. Das Stroma, das die Hauptmasse derselben ausmacht, ist ganz wie das Ovarialstroma bei Erwachsenen gebildet, zeigt aber keine Ähnlichkeit mit dem Stroma des Hodens. Die 6 cm lange und 2 cm breite Clitoris gleicht genau einem hypospadischen Penis.

Fall 3. Lesser.

Eine 25jährige Person, als Mädchen erzogen, zog sich von jeglichem Verkehre, sowohl mit Männern als mit Frauen zurück. Ihr Allgemeinaussehen sowie ihre rauhe Stimme hatten seit lange bei ihrer Umgebung den Verdacht geweckt, ob dieses Mädchen nicht vielleicht ein Mann sei. Die Person starb eines plötzlichen Todes und die Section ergab: Körperlänge 146 cm. Gesichtsbehaarung männlich mit Backen- und Schnurrbart. Gesichtsausdruck männlich, das Pomum Adami springt weit vor. Männliche Brüste. In der Bauchhöhle ein Tumor. Im linken Leistenkanale ein weiches, ovales, verschiebliches Gebilde, pflaumengross. Schambehaarung reich. Penis 5,5 cm lang, ohne Praeputium und Frenulum. Die Spaltung des Penis reicht bis 2 cm oberhalb des Anus; am unteren Ende der Penisspalte eine Öffnung, welche die Kleinfingerspitze aufnimmt. Zu jeder Seite des Penis eine 10 cm lange Hautfalte, 3 cm breit. Hände und Füsse klein, weiblich. In der Bauchhöhle an 3000 ccm flüssigen, schwarzen Blutes; das kleine

Becken ausgefüllt von einem fluctuierenden Tumor von Mannskopfgrösse. Dünndärme und Coecum durch den Tumor nach oben verschoben. Der Tumor ist in der Ausdehnung eines Fünfmarkstückes verwachsen mit der Bauchwand in der Gegend der inneren Öffnung des Leistenkanales linker Seite. Um diese Stelle herum ist das Bauchfell besät mit kleinen blutgefüllten Knötchen verschiedener Grösse und Färbung. Die linke Niere und die Lymphdrüsen sind entartet (?). Von dem Tumor zieht sich ein 5 mm dicker Strang zu einem Gebilde hin, welches im linken Leistenkanale liegt. Der Tumor erwies sich als ein alveoläres Sarcom. Der in die Öffnung unterhalb des Penis fissus eingeführte Finger gelangt in einen cylindrischen Kanal, an dessen oberem Ende sich zwei Öffnungen finden. Dieser Ductus oder Canalis urogenitalis hat 2 cm Länge und $1^1/_2$ cm Umfang, seine Wände sind 2,5 mm dick. Die obere der beiden genannten Öffnungen führt in die Harnröhre, die untere in eine 7,5 cm lange Scheide. Der Tumor gehörte dem Uterus an und umgab auch den oberen Abschnitt der Scheide. Der Tumor war an einer Stelle geplatzt und hatte so den plötzlichen Verblutungstod herbeigeführt. Man fand keine Spur von Ovarien oder einer Prostata oder Samenbläschen. (Es ist nicht angegeben, obwohl Lesser diese Person für eine Frau hält, was der im Leistenkanale liegende Körper war.)

Fall 4. Neugebauer.

Neugebauer berichtet von einem weiblichen Scheinzwitter mit bedeutender Hypertrophie der Clitoris, die etwa $3^1/_2$ cm lang und erectil war. Die Frau litt an Uteruscarcinom.

Fall 5. Mein Fall. (Prof. Dr. Pfannenstiel).

Chr. Schm. ist 55 Jahre alt, will nie erheblich krank gewesen sein; erblich nicht belastet. Patientin will nie menstruiert haben, ist unverheiratet. Sie hat sich stets als Mädchen gefühlt, eine Libido sexualis war an-

geblich nie vorhanden. Seit 3 Jahren bemerkte Patientin eine Anschwellung des Leibes, die immer stärker wurde, wobei sich öfters Kreuzschmerzen einstellten. Letztere, sowie die Volumzunahme des Leibes hinderten die Patientin an der Arbeit und führten sie in das hiesige Krankenhaus.

Patientin ist von mittelgrosser Statur, kräftigem Knochenbau, wie er für eine Frau aussergewöhnlich ist, und gut entwickelter Muskulatur; sie ist Landarbeiterin und giebt selbst an, dass sie die schwersten Männerarbeiten habe verrichten können. Der Gesichtsausdruck ist männlich, etwas stupide; das Haupthaar lang, aber spärlich; der Bartwuchs stark, sodass Patientin sich wöchentlich einmal rasieren lässt. Die Stimme ist tief; der Brustkorb in der Mitte und an den Brustdrüsen mit langen dunklen Haaren reichlich bedeckt. Die Brustdrüse selbst wenig entwickelt, die Brustwarze etwas gross, mehr weiblich. Das Abdomen ist vom Nabel abwärts in der Mittellinie reichlich behaart. Am Mons veneris, an den Genitalien bis zum After hin, ist der Haarwuchs sehr stark. Die Extremitäten zeigen männliche Behaarung, besonders die Innenseite der Oberschenkel. Am Rücken finden sich einzelne Gruppen von längeren Haaren. Die Beckenmasse sind: Sp. 25; Cr. 27; Tr. 32; Conj. extr. 19. — Das Abdomen ist stark aufgetrieben, und man fühlt darauf einzelne unregelmässig grosse Buckel. Der Tumor reicht fast bis zum Rippenbogen, er ist von fester Consistenz, fast garnicht beweglich. Überall auf dem Tumor ist gedämpfter Schall, Leibesumfang 89 cm. Die Entfernung des proc. ensiformis vom Nabel beträgt 13 cm, des Nabels von der Symphyse 20 cm.

Was die äusseren Genitalien anbetrifft, so bilden die grossen Schamlippen zwei stark behaarte Hautwülste, die oben die hypertrophische Clitoris zwischen sich fassen. Dieselbe ist 3 cm, im erigierten Zustande sogar 5 cm lang, und hat ein sehr langes Praeputium. Zieht man dasselbe zurück, so erscheint eine deutliche Glans, ohne Orificium Urethrae. Unter diesem penisartigen Gebilde sieht man eine ovale, 1 cm lange Öffnung, hinter der dann die Labien

sich zu einer Raphe vereinigen. Durch die oben erwähnte Öffnung gelangt der Finger in einen 2 cm langen Kanal — den Sinus urogenitalis. An der oberen Wand desselben fühlt man die Ausmündungsstelle der Urethra und am Ende eine ringförmige Verengerung, die gerade für den kleinen Finger durchgängig ist — den Hymen. Durch diesen kommt man in einen kleinen Kanal mit quergefalteter Schleimhaut — die Vagina, — an dessen Ende man einen erbsengrossen Körper fühlt, die Portio, die mit dem Tumor in Zusammenhang steht.

Die Diagnose wird auf Myoma Uteris gestellt, was auch die am 19. Juni 1897 von Prof. Dr. Pfannenstiel vorgenommene Operation bestätigte.

Der Schnitt wird wegen der festen Consistenz und der Grösse des Tumors bis 4 Querfinger über dem Nabel angelegt. Mit starken Zangen gelingt es, den Tumor herauszuheben und mit ihm in Verbindung die beiderseitigen Adnexe, welch letztere als bedeutend vergrössert mitentfernt werden. Mittelst Stielnadeln werden die Ligamente abgebunden und durchgebrannt. Dann wird das Peritoneum im unteren Drittel des Tumors durchgebrannt und nach unten zurückpräpariert. Mit Stielnadeln wird ferner der Stiel des Tumors durchstochen und zusammengeschnürt, der Tumor mit dem Paquelin abgesetzt. Die Blutung steht vollständig. Es folgt die Vernähung des Stumpfes, indem das vordere und hintere Peritonealblatt über dem Stumpf zusammengenäht werden. Die Stümpfe werden dann mit je 3 Catgutfäden an die vordere Bauchwand befestigt und die Bauchhöhle geschlossen.

Der Tumor war ein Myom von $8^1/_2$ kg, kugelig, von fester Consistenz, glatter Oberfläche, zu $^2/_3$ vom Peritoneum bekleidet. Er enthielt keine drüsigen Einschlüsse. An der nicht vom Peritoneum bekleideten Seite findet sich eine markstückgrosse Öffnung, durch die man mit der Sonde nach rechts und links in eine Höhle von 12 cm gelangt, die beiderseitig an der Insertion der Tuben endigt. Nach vorn und nach hinten

kann man mit der Sonde kaum 1 bis 1,5 cm vordringen. Das Cavum Uteri ist also nach beiden Seiten auseinandergezogen und wird von dem gleichmässig sich kugelig vorwölbenden Myom umgeben.

Mit dem Myom in Zusammenhang stehen die beiderseitigen Adnexe. Die rechte Tube ist ungefähr 14 cm lang, dünn, das rechte Ovarium abgeplattet, bedeutend vergrössert, die Masse 5,5 : 2,5 : 1 cm; die linke Tube ist 17 cm lang, dünn, das dazugehörige Ovarium ebenfalls vergrössert und bedeutend in die Länge gezogen, Masse 7 : 2 : 1 cm. Beide Ovarien waren also vergrössert, mattglänzend, von glatter Oberfläche; trotz genauester Untersuchung konnten weder irgend welche Furchen noch Einziehungen, ebensowenig Corpora lutea bemerkt werden. Die Ovarien wurden nun einer eingehenden mikroskopischen Untersuchung unterzogen; mehrere Schnitte wurden an verschiedenen Stellen derselben angelegt und auf das eingehendste studiert. Nirgends fand sich irgend eine Spur von Parenchym, sondern nur ein gleichmässiges straffes Bindegewebe, aber mit der in Rinden und Markschicht typischen Structur und Anordnung. Ausser Bindegewebe sieht man hin und wieder grössere und kleinere Blutgefässe, aber keine Follikel und auch keine Corpora albicantia. Es handelt sich also um einen Defect der wesentlichen Substanz der weiblichen Keimdrüse, also eigentlich um Geschlechtslosigkeit bei morphologisch, sonst weiblich entwickelten inneren Genitalien. Es würde also dieser mikroskopische Befund die Anamnese bestätigen, dass bei der Patientin nie eine Ovulation und infolgedessen auch nie eine Menstruation stattgefunden habe.

Fasse ich das oben Gesagte nochmals kurz zusammen, so haben wir hier ein weibliches Individiuum mit äusserem männlichen Habitus, persistierendem Sinus urogenitalis, einem grossen Uterusmyom und parenchymlosen Ovarien. Man wird nun annehmen müssen,

dass der Uterus ursprünglich ebenso rudimentär geblieben war wie die anderen Geschlechtsorgane, und dass sich dann in dem unentwickelten Uterus das Myom entwickelt hat, und somit hätten wir die merkwürdige Erscheinung einer hyperplastischen Neubildung in einem hypoplastischen Organe.

Schliesslich möchte ich noch einen praktischen Gesichtspunkt hervorheben. Wie so oft bei Pseudohermaphroditen, so ist auch bei unserer Patientin die Psyche stark alteriert. Die Patientin ist meistens missmutig gestimmt, vermeidet den Verkehr mit anderen Personen, sitzt gewöhnlich still für sich dahin und spricht wenig. Diese psychische Depression und Menschenscheu kann, wie schon wiederholt beobachtet worden ist, so hochgradig werden, dass sie die betreffenden Individuen direct zum Suicidium treibt. Bei unserer Patientin hat dieser Zustand in letzter Zeit derartig zugenommen, dass sie zu irgend welcher Arbeit nicht mehr fähig ist.

Ich möchte noch anhangsweise erwähnen, dass Patientin sich bei einer späteren Vorstellung, was ihr früheres Leiden anbetrifft, als völlig gesund erwiesen hat.

Dies wären die Fälle, wo nur der Uterus afficiert war, und wir kommen demnächst zu den betreffenden Fällen, wo wir bei Pseudohermaphroditen unsere Aufmerksamkeit auf die pathologischen Veränderungen der Geschlechtsdrüsen richten werden.

Fall 6. Fehling.

P. B., 33 Jahre alt, hatte ihre Periode nur vom 15. bis 17. Jahre gehabt, seitdem Menopausis! Im 17. Jahre hatte Patientin zum erstenmale in ihrem Unterleibe einen apfelgrossen Tumor bemerkt. Behaarung, Brüste und Stimme männlich. Clitoris 5 cm lang und erectil! Scheideneingang garniert von einem Hymen und eng. Während die linke Schamlefze leer war, enthält die rechte ein sehr druckempfindliches Gebilde, von dem aus ein Strang gegen den Leistenkanal hin verlief. Der Finger dringt rechterseits

leicht durch den Seitenkanal in die Bauchhöhle ein. Der rechtsseitige Leistenbruch enthält keine Darmschlingen. Scheide 8 cm lang, Collum uteri ohne Muttermundsöffnung. Durch das hintere Scheidengewölbe tastet man den Tumor, den Fehling als Haematometra ansprach. Nachdem jedoch eine zweimalige Punction dieser angeblichen Haematometra durch die Bauchwand resultatlos geblieben war, gab Fehling diese Diagnose auf; es gelang ihm endlich, einen kleinen Uterus zu tasten. Er diagnosticierte hierauf einen Tumor des linken Eierstocks und eine labiale Ectopie des rechten. Der Bauchschnitt bestätigte die Diagnose. Es fand sich ein Myxosarcom des linken Eierstocks, der rechte Eierstock und die rechte Tube lagen in der rechten Schamlefze und wurden in die Bauchhöhle hineingezogen, dann die Bauchwunde vernäht. Es handelte sich also um einen weiblichen Scheinzwitter mit malignem Tumor einer Geschlechtsdrüse, Ectopie der anderen und einer Reihe secundärer Sexualcharaktere des männlichen Geschlechtes, Hypoplasie des Uterus mit Mangel eines Muttermundes und vorzeitiger Menopausis.

Fall 7. Andain.

Andain operierte eine Frau von männlichem Aussehen, einer bedeutenden Clitorishypertrophie und männlicher Behaarung und entfernte zwei Ovarialdermoide nebst einer Parovarialcyste. Andain wirft die Frage auf, ob diese Ovarialdermoide nicht in causalem Zusammenhange stehen mit dem heterosexuellen Aussehen der Person.

Fall 8. Hall.

Eine Frau mit weiblichen Genitalien von hypoplastischem Aussehen. Clitoris 3—4 cm lang, männliches Becken, männliche Stimme, männliche Brüste, allgemeines männliches Aussehen eines Individuums von 17 Jahren. Im 14. Lebensjahre soll einmal eine Blutentleerung aus der Vulva stattgehabt haben. Man tastete in der rechten Hälfte der Bauchhöhle einen Tumor, der exstirpiert wurde. Es war

ein Carcinom eines Eierstocks, der andere Eierstock war klein und atrophisch.

Fall 9. Krug.

Krug machte den Bauchschnitt in New-York bei einem 19jährigen Mädchen. Ein starker Haarwuchs war über dem ganzen Körper ausgeprägt, besonders am Gesicht. Im 16. Lebensjahre stellten sich Unterleibsschmerzen mit Epistaxis allmonatlich ein. Es erschien eine Anschwellung wenige Monate bevor sie ins Hospital kam. Es wurde Haematometra und Haematocolpos diagnosticiert. Krug bezeichnete sie als männliches Individuum, denn es war nichts weibliches ausser den langen Kopfhaaren vorhanden gewesen. Der Bartwuchs war stark und sie rasierte sich täglich. Der Knochenbau und besonders das Becken waren von massivem Bau. Die äusseren Geschlechtsteile waren beim ersten Anblick die eines Mannes; die Clitoris war 2 Zoll (2 inches) lang, zwei Falten einem Scrotum ähnlich, wenn sie zusammengelegt waren, verdeckten einen engen Eingang in die Vagina. Die Urethra mündete unmittelbar unterhalb des Penis, der die Gestalt einer Clitoris hatte. Die Vagina enthielt keine Columnae rugarum. Die Portio vaginalis war wenig ausgebildet, der Muttermundskanal war stecknadelkopfgross, liess eine feine, ungefähr 2 Zoll lange Sonde durch. Der Tumor reichte ins Becken hinunter und schien mit dem Uterus in Verbindung zu stehen. Dies verursachte eine sehr grosse Ausdehnung des Unterleibes. Bronchial- und Nierenleiden complicierten diesen Fall. Ein grosses Sarcom des rechten Ovarium wurde entfernt, es musste aus dem rechten Lig. latum herausgeschält werden. Das linke Ovarium bildete ebenfalls einen kleineren sarcomatösen Tumor, der auch Schmerzen verursachte und deshalb entfernt wurde.

Fall 10. Litten.

Die 16jährige Klara Hacker wurde wegen Ascites in die Klinik von Frerichs gebracht. Das Allgemeinaus-

sehen war zwar weiblich, jedoch der Anblick der Genitalien ein vollständig männlicher, bis auf das eine: „es fiel ein klaffender Spalt auf, welcher sich in der Raphe der als Scrotum imponierenden, stark gerunzelten Hautfalten bis gegen das hintere Ende derselben hin erstreckte“. Der scheinbare Penis hatte am Dorsum eine Länge von $5^1/_2$ cm. an der unteren Fläche von $2^1/_2$ cm, während der Erection mass das Glied 8 cm. Der Penis erscheint gespalten bis zu einem Punkte, der 4,5 cm oberhalb der Analöffnung liegt. „Zu beiden Seiten dieses Vaginalkanals fanden sich derbe, gerunzelte und mit kurzen Härchen besetzte Hautfalten, welche in ihrer Beschaffenheit aufs lebhafteste an die Scrotalhaut erinnerten. Beim Auseinanderziehen dieser fettreichen Falten erkannte man in dem nunmehr geöffneten Kanale deutlich die oben liegende Urethralmündung und darunter den ausserordentlich engen, eben noch für eine Sonde passierbaren Introitus Vaginae.“ Klara Hacker war als Mädchen erzogen worden, hatte aber die Stimme eines 20jährigen Mannes. Der Umgebung war die auffallend rasche geistige Entwicklung des Kindes aufgefallen, sowie sein Hang zu selbständigem Handeln und Unabhängigkeit. So wie das Kind gemerkt hatte, es sei anders gebaut, als andere Mädchen, zog es sich von jedem Verkehre zurück. Die Periode erschien im 15. Jahre, war stets sehr spärlich und schmerzhaft — gleichzeitig schwollen die Brüste an. Im 16. Jahre blieb die Regel einige Monate lang aus, gleichzeitig fing das Abdomen zu wachsen an, das Urinieren wurde erschwert und schmerzhaft. In der Bauchhöhle tastete man einen Tumor, welcher die Nabelhöhe um 11 cm überschritt. Der Tumor erscheint gelappt, von ungleichmässiger Consistenz, asymetrischen Contouren. Im ersten Augenblicke vermutete man eine Schwangerschaft, desto mehr, weil die Regel ausgeblieben war, aber die Gestalt des Tumors sprach doch gegen eine Schwangerschaft, desto mehr angesichts der Gestaltung der äusseren Geschlechtsteile, der engen Scheide, die kaum eine dünne Sonde einliess! Man entschloss sich demnach, nach Ausschluss

einer Schwangerschaft den Uterus zu sondieren, die Sonde drang 19 cm tief ein in einer Richtung nach rechts oben zu. Man konnte das Kopfstück der Sonde tasten in einem kleineren rechtsseitigen Tumor, der den Eindruck machte, als gehöre er dem grossen Tumor mit an als besonderer Lappen. Man nahm demnach diesen kleineren Tumor für den Uterus, der durch einen linksseitigen Tumor nach rechts dislociert war. Scheide, Uterus, Blase und Harnröhre weisen eine bedeutende Verlängerung auf, die Sonde dringt bis auf 15 cm Tiefe in die Blase ein.

In der linken grossen Schamlefze — Scrotalhälfte — tastet man ein mandelgrosses Gebilde. Rechterseits tastet man einen gleichen Körper dicht vor der Öffnung des Leistenkanales. Von jenen Gebilden geht je eine Art Strang in den Leistenkanal hinein. Nach einer Probepunction wurde ein Ovarialtumor diagnosticiert, ein vielkammeriges Kystom. Die mandelförmigen Gebilde in der einen Schamlefze und andererseits unterhalb der Leistenkanalmündung wurden für Hoden und Samenstränge angesehen. Cachexie mit Fieber, Erbrechen und Schmerzen. 7 Wochen nach Aufnahme in die Klinik Tod. Die Section wurde von Virchow ausgeführt. Er hatte Klara noch zu Lebzeiten gesehen und ihr Geschlecht ganz mit Recht als weiblich bestimmt, obwohl die hypertrophische Clitoris und jene mandelförmigen, hodenartigen Gebilde auf das männliche Geschlecht hinzuweisen schienen. Virchow schloss schon zu Lebzeiten Klaras das männliche Geschlecht aus wegen fehlender Nebenhoden und glaubt, es handele sich um labiale resp. inguinolabiale Ectopsie der Eierstöcke. Die Anschwellung jener mandelförmigen Gebilde während der Periode sprach für ihre ovarielle Natur. Immerhin hatte auch Virchow sich hier getäuscht, diese mandelförmigen Gebilde waren keineswegs ectopische Ovarien, sondern es handelte sich um abgeschnürte praeinguinale Teile der Processus vaginales peritonei, indem linkerseits eine Hydrocele darin entstanden war, rechterseits eine Haematocele. Virchow lenkte die Aufmerksamkeit angesichts

dessen für die Zukunft als diagnostisch wichtig auf die Hydrocele muliebris. Der Tumor gehörte dem rechten Eierstock an, der linke war normal. Da der rechte Eierstock degeneriert war, der linke aber keine Spur einer Ovulation aufwies, so bezweifelt Virchow den menstruellen Charakter der angeblichen menstruellen Blutungen und glaubt, es habe sich um pseudomenstruelle Blutungen gehandelt. Der Ovarialtumor war ein Mischtumor: Ein Teratoid-Myxosarcom. Man fand auch Metastasen in der Leber und eine Nephrophthisis ulcerosa.

Sechs Fälle konnte ich fernerhin aus der Litteratur von Neoplasmata testiculorum bei Pseudohermaphroditen zusammenstellen.

Fall II. Abel.

Albertine R., 33 Jahre alt, verlobt, trat in die Greifswalder chirurgische Klinik ein wegen eines Unterleibstumors. Perioden regelmässig vom 20. Jahre an, zuletzt vor zwei Wochen (?). Man constatierte linkerseits in der Unterleibshöhle ein grosses Cystom, welches die Nabelhöhe überschritt. Hymen existiert, Scheideneingang sehr eng. Im Speculum erblickt man eine Vaginalportion des Uterus, aber ohne Muttermundsöffnung. In der rechten Leistengegend tastet man ein bewegliches Körperchen, welches zunächst für einen ectopischen Eierstock gehalten wurde. Die Diagnose wurde auf Haematometra gestellt mit Scheidenatresie (?). Man versuchte von der Scheide aus die vorausgesetzte Haematometra zu eröffnen mit Messer, Troicar und Finger. Es entleerten sich jedoch bei der Punction von der Scheide aus nur einige Tropfen Blut und eine graue Masse. Man tamponierte hierauf die Scheide. Peritonitis mit Fieber bis + 41 °C, folgte Erbrechen etc. und am vierten Tage starb die Kranke. Section: Allgemeinaussehen der Leiche weiblich, auch das der Brüste. In der Bauchhöhle fand man einen Tumor, so gross wie eine 8 Monate schwangere Gebärmutter; in der rechten Leiste fand man zwei Gebilde, die nach mikro-

skopischer Untersuchung sich als Hoden und Nebenhoden erwiesen. Die Vulva sieht aus wie bei einem 12jährigen Mädchen, weist also eine Hypoplasie auf. Der Kitzler ist knapp 3 mm lang, die kleinen Schamlippen werden von den grossen verdeckt. Unterhalb der weiblichen Harnröhrenöffnung liegt die Mündung der Scheide, Hymenalreste sichtbar. Die Scheide ist 4,8 cm lang, in ihrem Grunde sieht man links ein rudimentäres Collum uteri strotzen. Columnae rugarum auf den Scheidenwänden sichtbar. In dem Scheidengrunde findet sich der operative Stichkanal. Der mannskopfgrosse Tumor erwies sich als ein Sarcom vom Peritoneum bedeckt und rechterseits mit dem Netze verwachsen. Das Bauchfell bildete an der Vorderseite eine Duplicatur, einer Wagentasche ähnlich, deren freier Rand 12 cm in der Länge mass, deren Tiefe bis zu 3½ cm ging. 1 cm nach unten und rechts vom Grunde der Tasche entsprang retroperitoneal ein fester Strang, etwa von der Dicke eines Taschenbuchbleistiftes. Derselbe war völlig solid, endete an der einen Seite in der Geschwulst, in der man ihn nicht weiter verfolgen konnte, an der anderen verlor er sich im Bindegewebe der linken Leistengegend. Etwas unterhalb und rechterseits von diesem Strange fand sich die operative Einstichöffnung. Der rechtsseitige Nebenhode wies eine leiomatöse Degeneration auf. Der grosse Tumor war ein Sarcom des linken Hodens, der in der Bauchhöhle zurückgeblieben war.

Fall 12. Gruner.

Im Jahre 1894 trat ein 36jähriger Telegraphist in die Turiner chirurgische Klinik ein wegen eines linksseitigen Leistenbruches. Der Bruch soll vor einem Monate entstanden sein. Der Kranke hatte das Gefühl, als habe sich der Hode vergrössert. Da er ein Bruchband absolut nicht vertragen konnte, so entschloss er sich, im Hospitale Hilfe zu suchen. Der Hodensack enthielt nur den linken Hoden und oberhalb desselben eine leicht reductible Hernie. Während der Herniotomie musste Prof. Carle den Leisten-

ring spalten und die Bauchhöhle eröffnen. Man fand den linken Hoden zu einem Tumor entartet, das Vas deferens und eine Muttertrompete in dem Bruche. Ein Stück Tube von 8 cm Länge lag in dem Bruche. In der Bauchhöhle fand man einen Uterus bicornis und die andere Tube. Carle amputierte den Uterus, indem er nur das periphere Ende der rechten Tube in der Bauchhöhle zurückliess. Der Mann war seit langen Jahren verheiratet, erfüllte seine ehelichen Pflichten normal nach Aussage der Gattin, die Ehe war jedoch steril geblieben. Die Frau wusste nicht anzugeben, ob ihr Mann Blutverluste aus der Harnröhre gehabt hatte oder nicht. Es hinterblieb nach dieser Operation eine kleine Fistel, und der Patient verliess das Hospital. Er starb kurz darauf infolge eines Tumors in der Bauchhöhle. Gruner giebt eine mikroskopische Beschreibung des von Carle exstirpierten Tumors, der sich als ein Teratom erwies. Gruner sagt ausdrücklich, es sei absolut unmöglich zu sagen, ob der Tumor aus einem Eierstocke oder aus einem Hoden entsprungen war, ist aber eher geneigt, den Hoden als Ausgangspunkt anzunehmen, wahrscheinlich da er ein Vas deferens neben dem Tumor gefunden hatte. Eine Section wurde nicht gemacht, da Patient ausserhalb der Klinik starb. Sie hätte vielleicht Klarheit in die Geschlechtsdiagnose gebracht. Wer weiss, ob der später entstandene Tumor, der den Tod in der Folge veranlasst haben soll, nicht der rechtsseitigen Geschlechtsdrüse angehörte?

Fall 13. Obołoński.

50jährige, für eine Frau gehaltene Person. Clitoris resp. Penis 6 cm lang, Scheide 6 cm lang, 1 cm breit, mit Hymen. Uterus bicornis rudimentär entwickelt. Links vom Uterus wurde ein Hode und Nebenhoden nebst Samenstrang gefunden, rechterseits fand man keine Geschlechtsdrüse, wahrscheinlich war aus derselben der sarcomatöse Tumor entstanden, der den Tod veranlasst hatte! Zu Lebzeiten war dieser Tumor als Uteruskrebs aufgefasst worden.

Der Tumor hatte durch Compression eine beiderseitige Hydronephrose hervorgerufen. Da Obołonski rechterseits ein dem linksseitigen ganz analoges Vas deferens fand, so zieht er den Schluss, dass auch die rechtsseitige Geschlechtsdrüse eine Hode war, also die vermeintliche Frau ein männlicher Scheinzwitter sei, wie dies auch Wrany behauptete. Der Knochenbau war weiblich und die Person soll vom 17. bis zum 49. Jahre ihre Periode gehabt haben. (?)

Fall 14. Primrose.

25jähriger Mann, mit Kryptorchismus behaftet. Diagnose: Sarcom des linken Hoden. Tod nach Bauchschnitt mit Exstirpation des Tumors. Bei der Section fand man einen Uterus masculinus mit zwei Tuben. Uterushöhle mit Schleimhaut ausgekleidet, auf der Cervicalschleimhaut Arbor vitae deutlich sichtbar. Die 4 cm lange Scheide öffnet sich in Colliculo seminali der Harnröhre.

Fall 15. Stimson.

Ein Neger von 48 Jahren consultierte einen Arzt wegen eines Unterleibtumors. Nur der rechte Hode konnte im Hodensacke getastet werden, und zwar nach Reposition einer leicht reducierbaren Inguinalhernie. Dieser Mann, zum zweiten Male verheiratet, hatte einen Sohn von 25 Jahren. Der faustgrosse Tumor überragte das Lig. pouparti und konnte auch vom Rectum aus getastet werden. Man vermutete einen Tumor des in der Bauchhöhle retinierten Hodens und machte den Bauchschnitt. Bei der Operation fand man, dass der Tumor durch einen Stiel mit einem Uterus bicornis in Verbindung stand, welcher zwei Tuben besass; die Lig. rotunda hingegen fehlten.

Fall 16. B. Will.

Christine W., 54 Jahre alt, ledig, trat in die gynäkologische Klinik in Greifswald ein 1895 wegen einer beiderseitigen Inguinalhernie. Vom 17. bis zum 40. Jahre will sie allmonatliche Molimina menstrualia gehabt haben,

ohne dass es jedoch jemals zu einer Blutung aus den Genitalien gekommen wäre. Allgemeinaussehen, Brüste und Stimme männlich. Die Vulva erscheint normal, aber der Scheideneingang ist sehr eng, die Scheide in der Höhe von $1^1/_2$ cm blind geschlossen. Die Harnröhre ist vom urethralen Coitus so erweitert, dass sie den Finger in die Harnblase einlässt. Per rectum gelang es nicht, Uterus oder Ovarien zu tasten. Man machte die beiderseitige Herniotomie. Ausser einem rechtsseitigen Leistenbruche, der leicht reponiert wurde, fand man jederseits ein hartes und ein cystenartiges Gebilde, die entfernt wurden. Rechterseits konnte man den Finger durch den Leistenkanal in die Bauchhöhle einführen, linkerseits gelang das nicht! Die entfernten Gebilde waren die Hoden, wie mikroskopisch nachgewieson wurde. Erst die mikroskopische Untersuchung stellte eine „Erreur de sexe“ fest. Christine wurde 1896 geheilt und kastriert entlassen. Es fehlten die Vasa deferentia, die Hoden waren fast gänzlich fibrös degeneriert. Christine hatte stets nur mit Männern cohabitiert, und zwar ohne die mindeste Annehmlichkeit; sie selbst empfand nur einen auf die Frauen hin gerichteten Geschlechtstrieb. Will giebt eine ausführliche mikroskopische Beschreibung der Präparate.

Fall 17. Levy.

Anna Schultze, 16 Jahre alt, ist seit einem Jahre menstruiert. Die Menstruation stets sehr schmerzhaft. Allgemeinaussehen weiblich, Clitoris 3 cm lang, sub erectione sogar 5 cm. Das Organ ist so empfindlich, dass bei der leisesten Berührung eine Erection auftritt. In jeder Schamlefze ein Gebilde von der Grösse eines Zehnpfennigstückes, flach und hart. In der Schamspalte die Harnröhrenöffnung, und unterhalb die Öffnung einer 5 cm langen Vagina. „Per rectum fühlt man einen Strang, nach oben etwas dicker werdend, und darüber, mehr nach rechts gelagert, einen Tumor von der Grösse einer Orange, festweich, nicht fluctuierend, mit glatter Oberfläche; diesem liegt links oben ein mandelförmiges Gebilde an, das aber auch von dem

Tumor abhebbar ist. Unterhalb des Tumors findet sich noch ein erbsengrosses Gebilde ausser Zusammenhang mit ihm." Es gelang seiner Zeit nicht zu entscheiden, ob der Tumor eine Haematometra war oder ein Eierstockstumor. Die äusseren Genitalien erweckten den Verdacht, dass Anna Schultze ein männlicher Scheinzwitter sei. Nur ein Bauchschnitt konnte Aufklärung über das fragliche Geschlecht bringen.

Anhangsweise sei noch ein Fall erwähnt, in dem der Tumor zweifelhafter Natur ist:

Fall 18. Liebmann.

„Vollständiger Mangel der inneren Genitalien; Lipom an der linken Inguinalregion."

Bei einer 45jährigen Frau entstand vor einem Jahre in der linken Inguinalgegend eine Geschwulst, die gegenwärtig faustgross, elastisch, unempfindlich ist und gegen die Schenkel zu ausstrahlende Schmerzen verursacht. Die Ärzte hatten dieses Lipom für eine Hernie angesprochen. Man stellte den Mangel eines Introitus Vaginae fest, also vollständige Atresie der Scheide, und bei rectaler Untersuchung auch den vollständigen Mangel innerer Genitalien. Die äusseren Genitalien waren schwach entwickelt. Brüste ganz normal. Patientin hatte weder jemals die Regel noch irgend welche Molimina menstrualia. Sie heiratete mit 27 Jahren einen 60jährigen Witwer und hatte von ihrem Zustande nicht die geringste Ahnung. Die Natur des obengenannten Tumors blieb vollständig unaufgeklärt.

Wenn wir nun zum Schluss nach den Ursachen dieser Neubildungen bei Pseudohermaphroditen forschen, so läge vielleicht der Gedanke nicht fern, die Ursache in den durch die Missbildung gesetzten Abweichungen von dem normalen Verhalten zu suchen. In dieser Beziehung dürfte vor allem die Verlagerung der Geschlechtsdrüsen in Frage kommen. Aber der Gedanke ist von der Hand zu weisen, erstens weil die gesamten Uterusneubildungen nicht mit

einbegriffen wären, da letzterer meistens normal liegt, und zweitens giebt die Verlagerung an und für sich keinen befriedigenden Grund für die Entstehung einer Neubildung. Andererseits widerspricht dieser Voraussetzung die Statistik, die eine bedeutende Anzahl von Pseudohermaphroditen mit den verschiedenen Verlagerungen der Organe darbietet und doch nur diese wenigen Fälle von Geschwulstbildungen; ebenso wie es bei Pseudohermaphroditen Geschwulstneubildungen ohne Verlagerung der betreffenden Organe giebt. Es wird sich wohl also bei Pseudohermaphroditen um keine specielle Ursache für die Geschwülste handeln, und da letztere verschieden, was Sitz und Structur anbelangt, sein können, so unterscheiden sie sich demnach nicht von Geschwulstbildungen, die wir gelegentlich, ohne dass Pseudohermaphroditismus vorliegt, finden. Ich glaube deshalb nicht fehlzugehen, wenn ich annehme, dass die Geschwulstbildung mit der Missbildung der Geschlechtsorgane nichts zu thun hat, vielmehr eine zufällige Complication darstellt.

Unser Fall ist besonders interessant deshalb, weil bei einem Pseudohermaphroditen ein Uterusmyom von excessiver Grösse in einem aplastisch gebildeten Organe vorhanden ist bei gleichzeitigem Defect der Parenchymsubstanz der beiden Ovarien. Es ist in der ganzen Litteratur nur ein Fall zu finden, und zwar der von Blom publicierte, der mit dem unsrigen im grossen und ganzen übereinstimmt.

Bezugnehmend auf unseren Fall, möchte ich noch mit ein Paar Worten auf das Entstehen des Uterusmyoms zurückkommen. Ohne mich auf die Gesamtlitteratur der Genese der Uterusmyome einzulassen, erwähne ich nur an der Hand Veits Handbuch der Gynäkologie die Gründe, die bisher für die Ätiologie der Uterusmyome angegeben worden sind. So ist z. B. Virchow der Ansicht, dass die Myombildung auf einem localen Reize beruhen müsse. Dieser locale Reiz wurde von anderen Autoren teils als sexuelle Reizung durch Masturbation angesprochen, teils als Folge psychischer Eindrücke, welche in die sexuelle Sphäre schlagen; bei Verheirateten die mangelhafte Co-

habitation, sei es, dass der Mann weniger potent ist als der sinnlichen Anlage der Frau entspricht, sei es, dass absichtlich conceptionsverhindernde Manipulationen angewandt werden. Andere beschuldigen die Zahl der Geburten und die Erblichkeit. Gottschalk sucht die Ursache in Entzündungen, sei es durch puerperale oder gonorrhoische Processe. Alle diese Gründe haben, wiewohl ziemlich hypothetisch, etwas Wahrscheinliches an sich. In unserem Falle kommt aber kaum einer in Betracht. Patientin weiss nichts von Geschwülsten in der Familie zu erzählen, hat nicht geboren, nie menstruiert, keine Genitalerkrankung durchgemacht: irgend welchen Hang zu Männern oder Frauen zu haben, bestreitet Patientin vollständig. Es bliebe also nur übrig die Myombildung auf die masturbatorischen Manipulationen zurückzuführen, doch dürfte es unmöglich sein, über diesen Punkt Aufklärung zu erhalten.

Wenn ich somit nicht in der Lage bin, die Ätiologie der Geschwulstbildung in unserem Falle klarstellen zu können, so möchte ich doch andererseits den Gedanken nicht aufkommen lassen, dass die Neubildung mit der Missbildung in ursächlichem Zusammenhange stehe; vielmehr glaube ich ausdrücklich darauf hinweisen zu müssen, dass die Geschwulstbildung bei Pseudohermaphroditen nur eine zufällige Complication darstellt, deren Entstehung ebenso schwer zu deuten ist, wie Geschwulstbildungen überhaupt.

Am Schluss der vorliegenden Arbeit ist es mir eine angenehme Pflicht, Herrn Prof. Dr. Pfannenstiel für die Anregung zu dieser Arbeit, für die gütige Überlassung des Materials und seinen jederzeit bereiten Rat meinen verbindlichsten Dank auszusprechen.

Auch Herrn Dr. Andersch spreche ich an dieser Stelle für seine Unterstützung bei Abfassung dieser Arbeit meinen Dank aus.

Litteratur.

1. Abel. „Ein Fall von Hermaphroditismus masculinus mit sarcomatöser Kryptorchis sinistra.“ Virchows Archiv, Bd. CXXVI. Berlin 1891.
2. Andain. „Hermaphroditisme double, kyste dermoide des ovaires.“ Annales de gynécologie et d'obstétrique 1893, p. 362.
3. Bauhin Casp. Klebs, Handbuch der pathologischen Anatomie, Bd. V, Abteilung II, p. 745.
4. Berthold. Abhandlungen der Königl. Gesellschaft der Wissenschaften zu Göttingen 1845, Bd. II, p. 104.
5. Blom. Gynäkol. og obstetr. Middeldsez, Vol. X, No. 3, p. 194—216.
6. Fehling. „Ein Fall von Pseudohermaphroditismus femininus externus.“ Archiv für Gynäkologie, Bd. XLII, p. 561.
7. Fritsch. Handbuch der Geburtshilfe, her. v. P. Müller, Bd. III. Stuttgart 1889. p. 672.
8. Gottschalk. Sammlungen klin. Vorträge 1900, No. 275.
9. Gruner. „Ultero e trombe di Fallopio in un nomo.“ Giorn. della R. Acad. di med. di Torino Anno LX, 1897, Mai, p. 229 und 257—286.
10. Gunckel. Nowiny Lekarkie 1893, citiert von 'Swięcicki.
11. Hall. „Carcinoma of the ovary in a hermaphrodite.“ Transaction of the gynaecological and obsterical society 1898. März 17., siehe Anur. gyn. and obstetr. journ. Vol. XIII, 1898, p. 181.
12. Krug. „Ovariotomy in a hermaphrodite“, Referat: Brit. gym. journal 1891, August, Vol. VII, No. 26.
13. Kussmaul. Von dem Mangel, der Verkümmerung und Verdopplung der Gebärmutter etc. Würzburg 1859.
14. Lesser. Deutsche Zeitschrift für praktische Medicin 1878, No. 10.

15. Levy. „Hermaphroditismus spurius femininus mit Tumor in abdomine.“ Zeitschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie 1883. Bd. IV, p. 235.

16. Liebmann. Budapesti kir. orvosi eg. 1890. Mai 10., siehe Centralblatt für Gynäkologie 1890, p. 928.

17. Litten. „Ein Fall von Androgynie mit malignem teratoidem Kystom des rechten Eierstockes mit doppelseitiger Hydrocele cystica processus vaginalis peritonei.“ Virchows Archiv für patholog. Anatomie etc., Bd. LXXV, 1879.

18. Meyer. „Ein Fall von Hermaphroditismus lateralis.“ Virchows Archiv, Bd. XI. Inaugural-Dissertation von Cramer.

19. Nagel. Die Entwickelung und Entwickelungsfehler der weiblichen Genitalien.

20. Neugebauer, Fr. Centralblatt für Gynäkologie 1900, No. 18, p. 472.

— — „Pseudohermaphroditismus.“ Przegląd Chirurgiezny 1895—1898.

21. Obołoński. Prager Vierteljahrsschrift, Bd. XCIII, p. 67.

22. Pfannenstiel. „Die Erkrankungen des Eierstockes und Nebeneierstockes“, in Veits Handbuch der Gynäkologie. Bd. 3a, p. 289.

23. Primrose. „A case of uterus masculinus“, Brit. med. journ. 1897, Vol. II, p. 881.

24. Stimson. „A case of rare form of pseudohermaphroditisme“, Med. record. 1897, April 24., p. 585.

25. Veit. Handbuch der Gynäkologie.

26. Will, B. „Ein Fall von Hermaphroditismus masculinus.“ Inaugural-Dissertation, Greifswald 1896.

Lebenslauf.

Ich, Emil Heinrich Stanislaus Kostka v. Swinarski, katholischer Konfession, bin den 19. Januar 1872 zu Dębe, Kreis Czarnikau, geboren als Sohn des Rittergutsbesitzers Wenceslaus v. Swinarski und seiner Ehefrau Constantia, geb. v. Łubieńska. Ich besuchte das Gymnasium zu Rogasen und Lissa i/P., wo ich Ostern 1895 das Zeugnis der Reife erhielt. Am 4. Mai 1895 wurde ich zu Breslau an der medicinischen Facultät immatriculiert; zugleich diente ich von April bis October 1895 das erste halbe Jahr unter der Waffe. Das Tentamen physicum bestand ich am 8. November 1897.

Im Wintersemester 1899/1900 unterzog ich mich der ärztlichen Staatsprüfung, die ich am 29. Mai 1900 vollendete.

Das Examen rigorosum bestand ich am 9. März 1900.

Ich hörte während meiner Studienzeit die Vorlesungen und Kurse folgender Herren:

Born, Chun, Cohn, Czerny, Filehne, Flügge, Fraenkel, Groenouw, Hasse, Heidenhain, Henke, Hürthle, Kast, Kionka, Kolaczek, Kümmel, Küstner, Ladenburg, Lesser, Mann, O. E. Meyer, Nehring, Neisser, Pfannenstiel, Ponfick, v. Mikulicz-Radecki, Röhmann, Uhthoff, Wernicke.

Allen diesen meinen verehrten Lehrern spreche ich hiermit meinen Dank aus.

Thesen.

1. Die Erkenntnis des wahren Geschlechtes eines Kindes bei der Geburt ist in manchen Fällen unmöglich.
2. Bei den Unterschenkel-Amputationen ist die Bier'sche Methode als Normaltherapie anzuwenden.
3. Die rationelle Behandlung der Geisteskranken kann nur in Anstalten erfolgen.